

**Termo - AST****TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO  
("CONSENTIMENTO INFORMADO")**

Por este instrumento eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que:

1º) fui informado(a) pelo(a) médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e/ou diagnóstico(s):

\_\_\_\_\_

2º) foi indicado a realização do exame/procedimento:

\_\_\_\_\_

3º) recebi as explicações necessárias quanto aos benefícios deste exame/procedimento;

4º) recebi as informações necessárias sobre as probabilidades de êxito;

5º) estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis(fortuitas);

6º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardíco-vasculares, respiratórios e urinários. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

\_\_\_\_\_

7º) também fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação;

8º) estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão de indicação:

- do(a) médico(a) anestesista \_\_\_\_\_

- do(a) médico(a) que assina este termo;

9º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

10º) esta autorização é dada ao(à) médico(a) **identificado(a) neste documento**, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

11º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

12º) consinto, portanto, ao(à) médico(a) **aqui** identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s), resguardadas as coberturas contratuais e/ou autorizações que dependam do plano de saúde por mim contratado;

13º) autorizo a realização de filmagens / fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

14º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita(o) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar, por escrito, este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
assinatura do(a) paciente e identidade nº / órgão

\_\_\_\_\_  
assinatura do(a) responsável pelo(a) paciente.  
No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou  
não possa assinar este documento

\_\_\_\_\_  
nome completo e legível do(a) responsável e identidade nº / órgão

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar, por escrito, o consentimento que agora é cedido e afirmado.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
assinatura do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
CREMERS

## Plano Terapêutico - Médico

**Diagnóstico principal:** \_\_\_\_\_

**Procedimento previsto:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico (co-morbidades) secundárias:** \_\_\_\_\_

### Prescrição Médica Inicial:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### Necessidades Especiais:

#### Apoio Multidisciplinar:

( ) Nutrição ( ) Farmácia ( ) Assistência Social ( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Psicologia

**A alta hospitalar, salvo intercorrências, é prevista para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Médico**

Termo	Assessoria Técnica	Código: TE-AST-006	Revisão/Ano: 00/12	Página/Total: 2/2
-------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------